SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLAUDIA VANESSA VILLARUEL MACANILLA**			**CC:**	**1033755957**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VANEVILLARUEL12.CVVM@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3142390176**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 19 A 32 30 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488416015425**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3710 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.880.470**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

CLAUDIA VANESSA VILLARUEL MACANILLA
PS_3710_2026_B4AF95

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA VANESSA VILLARUEL MACANILLA
CC: 1033755957
CEL: 3142390176

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CLAUDIA VANESSA VILLARUEL MACANILLA			
	CON C.C N°	**1.033.755.957**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3710 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.801.920	**No. HORAS EJECUTADAS**	**165**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.050.996	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.880.470
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Obligación 1. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 1.1 Actividades realizadas: Participé en reuniones de Prescripción Social, comités de área y espacios de fortalecimiento dirigidos por las dinamizadoras, además de jornadas de actualización lideradas por la jefe del convenio, orientadas a fortalecer los conocimientos técnicos y metodológicos del equipo, favoreciendo el adecuado desarrollo de las actividades y el cumplimiento de los objetivos institucionales. 1.2 Productos (evidencias): Listados de asistencia
2	Obligación 2. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN. 2.2 Actividades realizadas: Realicé la apropiación conceptual desde mi perfil profesional, mediante la revisión de los lineamientos técnicos y actualizaciones correspondientes al convenio Más Bienestar, de acuerdo con los documentos institucionales establecidos. Asimismo, revisé las orientaciones relacionadas con las canalizaciones de Prescripción Social y el diligenciamiento de formatos institucionales como SIVESCOS y SIVIM, fortaleciendo el conocimiento de los procedimientos y favoreciendo su adecuada aplicación en el desarrollo de las actividades asignadas y el cumplimiento de los objetivos del convenio. 2.3 Productos (evidencias): Diligenciamiento de formatos enviados al correo de la jefe de área liderembh3@gmail.com y al área de prescripción social canalizacionesembh@gmail.com
3	Obligación 3. ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN. 3.1 Actividades realizadas: Entregué al técnico administrativo la documentación física correspondiente, garantizando su organización, de acuerdo con los requerimientos establecidos para el cumplimiento de la obligación contractual. Asimismo, realicé la carga y organización de los soportes documentales en el Drive PLANILLAS ABORDAJE correspondiente. 3.2 Productos (evidencias): Planillas de control documental familiar del Plan de Bienestar en formato físico entregadas al técnico administrativo y cargue al drive PLANILLAS ABORDAJE.
	Obligación 4. REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018 2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGO ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRO A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1 Actividades realizadas: Adjunté el certificado de la planilla de pago, junto con el respectivo comprobante (voucher), como soporte del

4	cumplimiento de esta obligación. 4.2 Productos (evidencias): Adjunté el certificado de la planilla de pago, junto con el respectivo comprobante (voucher), como soporte del cumplimiento de esta obligación.
5	Obligación 5. DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 Actividades realizadas: Realicé 28 caracterizaciones, 27 seguimientos y 10 atenciones telefónicas, junto con la ejecución de planes de bienestar durante las visitas efectivas del mes. Estas actividades fueron desarrolladas de acuerdo con los lineamientos técnicos establecidos, brindando atención oportuna y seguimiento a las necesidades identificadas en la población asignada. 5.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS 2.0, Planillas Plan de Bienestar abordaje.
6	Obligación 6. REALIZAR LA PLANILLA DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.1 Actividades realizadas: Realicé 28 caracterizaciones, 27 seguimientos y 10 atenciones telefónicas como parte de la ejecución de los Planes de Bienestar Familiar, dando cumplimiento a las actividades y metas establecidas. De igual manera, diligencié la planilla de seguimiento de las familias con las que inicié los planes, garantizando el registro oportuno y organizado de la información. Asimismo, revisé el archivo plano de ruteo para validar la gestión realizada y verificar la trazabilidad del estado final de cada caso, de acuerdo con los lineamientos técnicos e institucionales vigentes. 6.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS 2.0, archivo plano de ruteo y planillas firmadas por cada familia.
7	Obligación 7. REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RESOLUCIÓN 2465 Y 3280, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL) SEGÚN APLIQUE. 7.1 Actividades realizadas: Realicé 28 visitas efectivas, durante las cuales llevé a cabo procesos de caracterización y 13 cierres de casos, aplicando los tamizajes correspondientes de acuerdo con la edad, los eventos priorizados y los lineamientos técnicos establecidos. 7.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS 2.0 y planillas firmadas por cada familia.
8	Obligación 8. REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 Actividades realizadas: Realicé las notificaciones y seguimientos requeridos de acuerdo con las necesidades identificadas y el nivel de riesgo de las familias atendidas. Asimismo, diligencié los formatos institucionales SIVIM, SISVECOS y las canalizaciones de Prescripción Social cuando fue necesario, gestionando las remisiones a los servicios correspondientes y garantizando el seguimiento de los casos priorizados y la continuidad de la atención, conforme a los lineamientos establecidos. 8.2 Productos (evidencias): Se envío caracterización al respectivo correo de la líder de proceso liderembh3@gmail.com y al área de prescripción social canalizacionesembh@gmail.com
9	Obligación 9. REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 Actividades realizadas: Realicé el agendamiento en tiempo real de los usuarios en la unidad resolutiva más cercana y pertinente, de acuerdo con las necesidades identificadas y los lineamientos técnicos establecidos. Esta gestión permitió orientar oportunamente a los usuarios hacia los servicios requeridos, favoreciendo la accesibilidad, continuidad de la atención y el cumplimiento de los procedimientos institucionales. 9.2 Productos (evidencias): Pantallazos de agendamiento, aplicativo GTAPS 2.0.
10	Obligación 10. REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 Actividades realizadas: Realicé la notificación de eventos de interés en salud pública mediante el diligenciamiento de los formatos institucionales SIVESCOS, SIVIM y Prescripción Social, de acuerdo con las situaciones identificadas durante las intervenciones familiares. Asimismo, aseguré el registro oportuno de la información y la gestión de los casos que requirieron seguimiento, intervención y articulación con las rutas de atención establecidas. 8.3 Productos (evidencias): Se envío caracterización al respectivo correo de la líder de proceso liderembh3@gmail.com y al área de prescripción social canalizacionesembh@gmail.com
11	Obligación 11. REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 Actividades realizadas: Realicé el cargué oportuno y con calidad de la información correspondiente a las familias visitadas en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, garantizando el registro completo y adecuado de los datos en el aplicativo GTAPS, de acuerdo con los lineamientos técnicos e institucionales establecidos. 11.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS 2.0.
	Obligación 12. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 12.1 Actividades realizadas: Participé en las actividades programadas para el mejoramiento continuo de la calidad, incluyendo capacitaciones, reuniones de seguimiento y espacios de fortalecimiento institucional. De igual manera, apoyé la ejecución de las acciones contempladas en los

12	planes de mejoramiento asociados a los estándares de habilitación y acreditación, contribuyendo al cumplimiento de los lineamientos institucionales y al fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud. 12.2 Productos (evidencias): Listado de asistencia
13	Obligación 13. CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1 Actividades realizadas: Actualicé oportunamente el módulo de RUTEO, registrando la información correspondiente a los casos asignados. Esta actividad permitió mantener la trazabilidad y facilitar el seguimiento y control de las intervenciones realizadas, de acuerdo con los lineamientos técnicos e institucionales establecidos. 13.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS 2.0
14	Obligación 14. REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 Actividades realizadas: Realicé la revisión, actualización y organización de los formatos, registros y bases de datos generados a partir de las intervenciones realizadas en el marco del Convenio Más Bienestar en Tu Hogar. Asimismo, mantuve actualizados el aplicativo GTAPS 2.0 y el módulo de RUTEO, efectuando el registro oportuno de la información correspondiente a los casos asignados y garantizando su adecuada trazabilidad y seguimiento, de acuerdo con los lineamientos institucionales establecidos. 14.2 Productos (evidencias): Aplicativo GTAPS 2.0
15	Obligación 15. REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1 Actividades realizadas: Realicé el cargué de la planilla de pago y la cuenta de cobro, conforme a la habilitación y los lineamientos establecidos en la plataforma SIGCO, garantizando el correcto registro de la información requerida para el trámite correspondiente. 15.2 Productos (evidencias): Aplicativo SIGCO y certificado de Planilla de seguridad.
16	Obligación 16. DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1 Actividades realizadas: Realicé la revisión, actualización y organización de los formatos, registros y bases de datos generados a partir de las intervenciones realizadas en el marco del Convenio Más Bienestar en Tu Hogar. Asimismo, mantuve actualizados el aplicativo GTAPS 2.0 y el módulo de RUTEO, efectuando el registro oportuno de la información correspondiente a los casos asignados y garantizando su adecuada trazabilidad y seguimiento, de acuerdo con los lineamientos institucionales establecidos. 16.2 Productos (evidencias): Registros de información diligenciados y actualizados en el aplicativo GTAPS 2.0.
17	Obligación 17. REALIZAR NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES. 17.1 Actividades realizadas: Realicé la notificación de los eventos identificados durante las intervenciones familiares, incluyendo situaciones relacionadas con ideación suicida y violencia física y psicológica contra mujeres, mediante el diligenciamiento de los formatos SISVECOS y SIVIM. Asimismo, efectué el registro oportuno de la información y gestioné las rutas de atención y canalizaciones requeridas, contribuyendo al seguimiento y atención integral de los casos, de acuerdo con los lineamientos establecidos. 17.2 Productos (evidencias): Se envío la información correspondiente al correo de la líder del proceso liderembh3@gmail.com
18	Obligación 18. APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO. 18 Actividades realizadas: Apliqué las medidas institucionales establecidas para prevenir, identificar y reportar situaciones relacionadas con violencia y discriminación contra las mujeres, en el desarrollo de las actividades del Convenio Más Bienestar. Asimismo, brindé orientación sobre las rutas de atención y mecanismos de protección disponibles, realizando las canalizaciones y notificaciones correspondientes cuando fue necesario, de acuerdo con los lineamientos técnicos e institucionales establecidos. 18.1 Productos (evidencias): Registros de las intervenciones realizadas en el aplicativo GTAPS 2.0, Notificaciones efectuadas mediante los formatos institucionales correspondientes SIVESCOS, SIVIM Se envío la información correspondiente al correo de la líder del proceso liderembh3@gmail.com
	Obligación 19. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 19.1 Actividades realizadas: Durante el periodo correspondiente, desarrollé las actividades asignadas de acuerdo con mi perfil profesional en Psicología y en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Anexo Técnico del Convenio Más Bienestar y demás lineamientos técnicos y operativos vigentes. En este marco, realicé procesos de caracterización, valoración psicosocial, seguimiento y atención telefónica; aplicación de tamizajes; elaboración, ejecución y seguimiento de Planes de Bienestar Familiar; canalización y gestión de casos; notificación de eventos de interés en salud pública; y registro oportuno de la información en el aplicativo GTAPS y demás sistemas institucionales. Asimismo, participé en

19	espacios de capacitación, articulación y fortalecimiento técnico, contribuyendo al desarrollo adecuado de las actividades y al cumplimiento de los objetivos institucionales. 19.2 Productos (evidencias): Listados de asistencia, Aplicativo GTAPS 2.0.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084330715	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/09	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*CLAUDIA VANESSA VILLARUEL MACANILLA* *PS_3710_2026_B4AF95* **CLAUDIA VANESSA VILLARUEL MACANILLA** **CC: 1033755957**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3710_2026_B4AF95* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3710_2026_B4AF95* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-09, 04:36:24 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084330715

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824307507

PAGADO 09/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA VANESSA VILLARUEL MACANILLA		
Documento	CC1033755957	**Dirección**	CR 19A #32 - 30 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142390176
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1033755957	CLAUDIA VANESSA VILLARUEL MACANILLA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Comprobante de pago

Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla Asistida Simple

Número de planilla
8824307507

¿Cuánto?
$ 541.800,00

Fecha
09 de septiembre de 2026 a las 03:21 p. m.

Referencia
M13879301

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3710 2026 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3710 2026 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL.pdf (Archivado)	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3710 2026 CRP -13818.PDF	1 PS 3710 2026 CRP -13818.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2026.pdf	PS_3710_2026_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.